THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Jules HANRAS

Né à Douarnenez (Finistère) le 8 novembre 1885.

La Rupture des Pyo-Salpinx

Président : Monsieur le Professeur POZZI

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e^ Ar^t^). -- PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

—

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté

AVANT-PROPOS

Nous bénissons la pieuse coûtume qui nous permet, au terme de nos études médicales, d'offrir à tous nos maîtres, l'hommage de notre inaltérable dévouement : aux professeurs de l'école annexe de médecine navale, à Brest ; à Rennes, au professeur Le Moniet de qui nous avons reçu, comme externe en 1907-08, les premières notions de clinique chirurgicale ; à notre vénéré maître, le professeur Pozzi, à qui nous devons notre éducation gynécologique, (externat 1908-09), et qui nous fait l'honneur d'accepter aujourd'hui la présidence de notre thèse ; à tous les collaborateurs éminents qui le secondent dans son service de l'hôpital Broca : monsieur le docteur Jayle, monsieur le professeur agrégé Proust, monsieur le docteur Bender, qui nous ont souvent prodigué leurs leçons éclairées et leurs sympathiques conseils ; à monsieur le docteur Muselier, (externat 1909), qui, atteint par la limite d'âge, nous a fait profiter, à

nous ses derniers élèves, de sa longue expérience des malades ; à monsieur le Docteur Macaigne qui nous accueillit aimablement comme externe dans son service de Tenon et continua notre instruction clinique ; enfin à notre cher maître le docteur Letulle dont nous sommes heureux de suivre le savant enseignement, avant d'achever nos études médicales.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(PERRIN. Lyon-Médical 1910, page 465)

Jeune femme de 22 ans, entre à l'hôpital le 13 novembre 1909. Elle a depuis longtemps des pertes verdâtres, s'étant accompagnées autrefois de douleurs à la miction. — 5 jours avant son entrée, au cours d'un coït, elle ressentit une vive douleur dans la fosse iliaque droite. La nuit suivante, elle eut des nausées. Les douleurs diminuent pendant 3 jours, et subitement les symptômes s'aggravent.

Elle entre avec des vomissements abondants, une douleur généralisée à tout l'abdomen, un pouls battant à 100 pulsations; mais pas de fièvre. Vessie de glace sur le ventre, injection de morphine. 24 heures après, le ventre est tout entier météorisé et douloureux. La malade a eu des vomissements bilieux toute la nuit. Pouls filant et incompatible. Extrémités se cyanosent et se refroidissent. Facies péritonéal. Au toucher, on constate une tuméfaction diffuse dans le Douglas.

Laparotomie d'urgence, sous-ombilicale : pus louche, très abondant et très fétide, dans la grande cavité péritonéale. Simple drainage abdomino-vaginal. Mort en quelques heures.

Autopsie : Signes de péritonite diffuse. On constate, entre les

anses intestinales, beaucoup de pus et des adhérences récentes. L'appendice est sain. En avant, et à gauche de l'utérus, gros pyo-salpinx. Du côté droit, également masse annexielle du volume d'une mandarine, basculée en arrière, et prolabant dans le Douglas : sur la face antérieure de cette masse, au niveau du point de contact avec la face postérieure de l'utérus, on trouve une perte de substance de la largeur d'une pièce de 1 franc.

OBSERVATION II

(Proust et Mascarenhas. *Société anatomique 1909*)

Le 11 mai 1909, vers 10 heures du matin, on amenait à l'hôpital Lariboisière, Mme L..., âgée de 40 ans, en proie à d'épouvantables douleurs, accompagnées de vomissements. Quelques jours auparavant, le mercredi 5 mai, elle était violemment tombée, au cours d'un travail de ménage et avait éprouvé une très vive douleur abdominale. Puis tout était rentré dans l'ordre. 2 jours après, le 7 mai, les douleurs réapparaissaient et ne faisaient qu'augmenter, les jours suivants. Mais ce n'est, à proprement parler, que dans la soirée du 10 que ces douleurs deviennent inquiétantes et intolérables. A partir de ce moment, elles empirent sans cesse. Dans la journée du 11, apparition des vomissements et du ballonnement abdominal. Alors, on la transporte à l'hôpital.

Examen : Facies profondément grippé ; pouls misérable, au dessus de 120, malgré une température de 38° à peine ; vomissements répétés ; crises douloureuses abdominales qui lui arrachent des gémissements. Ventre ballonné, contracturé, douloureux à la moindre palpation. Le toucher vaginal révèle un col utérin très légèrement reporté en avant, et dans le Douglas, (dont la sensibilité est exquise, surtout à droite,) une masse ten-

due et douloureuse, qui semble être la trompe droite. Le diagnostic est hésitant entre la rupture d'un pyo-salpinx et celle d'une grossesse tubaire. (La malade accuse en effet un léger retard des règles.)

Laparatomie immédiate : dans le péritoine, liquide trouble, d'odeur fétide. Cavité du bassin pleine de pus ; parois recouvertes de fausses membranes, surtout à droite. De ce côté, énorme pyo-salpinx qui remplit presque toute la cavité de Douglas, et qui est fissuré, à sa partie postéro-inférieure. C'est par là que s'échappe le pus fétide. Extirpation de toute cette masse annexielle. Les annexes de l'autre côté sont saines. Large drainage du Douglas (mèches et gros drain qui ressort par la plaie abdominale). Suites sans complications ; 5 jours après, température revenue à la normale. Guérison.

OBSERVATION III

(Personnelle. -- Recueillie dans le service de Monsieur le Professeur Pozzi).

Madame Mar... 27 ans, entre le 12 janvier 1911 à l'hôpital Broca, pour des douleurs abdominales très violentes, surtout à droite, s'irradiant vers les lombes et vers les cuisses. Antécédents gynécologiques : pertes blanches depuis son mariage, c'est-à-dire depuis 8 ans, jamais abondantes. Mais depuis 6 mois, elles ont augmenté et sont devenues verdâtres, tachant le linge et occasionnant des douleurs cuisantes. En même temps apparaissaient de légères douleurs à la miction. Cette femme, autrefois bien réglée, voit, depuis 4 mois, ses règles, beaucoup plus abondantes, revenir régulièrement. La maladie actuelle a débuté, il y a 4 mois, par des douleurs brusques dans tout le bas-ventre, surtout à droite. Le traitement et le repos avaient amené une

légère rémission. Mais depuis 15 jours, il y a recrudescence des douleurs.

A son entrée à Broca, on lui trouve un ventre un peu ballonné, légèrement contracturé dans la région hypogastrique, et très douloureux. Le toucher révèle un utérus assez gros, dont le col, peu mobilisable, est douloureux aux mouvements qu'on tente de lui imprimer. Dans le cul-de-sac droit, grosse masse dure et douloureuse. Tumeur plus petite à gauche. Les culs-de-sac sont d'ailleurs empâtés, cartonneux, et se laissent à peine déprimer. On porte le diagnostic de double pyo-salpinx et on laisse refroidir les lésions, en mettant sur l'abdomen une vessie de glace.

Sur ces entrefaites, le 28 janvier, dans la soirée, la malade ressent une violente douleur du côté droit de l'abdomen ; la température monte rapidement à 39°5 ; les fosses iliaques offrent une paroi contracturée et rétractée. Le facies s'altère bientôt ; le nez se pince et les yeux s'excavent. La malade a des nausées, mais ne vomit pas. Le pouls, plein et régulier, bat à 110

Dans la matinée du lendemain, les douleurs s'exagèrent encore, interdisant toute palpation abdominale ; car le ventre ballonné, offre une défense musculaire intense dans toute la région hypogastrique. Le toucher est trop douloureux pour permettre une exploration. Depuis hier, le cours des matières et des gaz est complètement suspendu.

Brusquement, l'après-midi, les douleurs abdominales diminuent, mais un violent frisson apparaît. Le pouls bat à 120, la température monte à 40°. L'intervention est décidée immédiatement.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale. La grande cavité péritonéale est encore libre, mais le petit bassin contient un liquide purulent. Les annexes des deux côtés sont très volumineuses. Celles du côté droit sont fissurées, laissant sourdre du pus. Décollement des annexes. Hémi-section typique qui permet d'en-

lever très rapidement l'utérus et les annexes. Un point sur le moignon de l'utérus. Pas de péritonisation. Large drainage avec un Mickulicz. Suites opératoires normales, et la malade sort complètement guérie le 12 mars 1911.

OBSERVATION IV

(Personnelle. Service de M. le professeur Pozzi)

Mlle D... Jeanne, entre à l'hôpital Broca, le 10 décembre 1910. A la fin du mois de mai 1909, à la suite d'un retard de règles, cette femme eut d'abondantes métrorrhagies qui durèrent un mois et demi, et pour lesquelles on lui fit un curettage le 6 juillet 1909.

Depuis lors, sa santé était excellente, et les seuls troubles étaient quelques pertes blanches qui précédaient les règles de 7 à 8 jours. Cela dura 6 mois. Mais au début de 1910, la malade commença à ressentir, au moment de ses règles, des douleurs assez intenses qui, depuis lors, la jetaient sur le lit, à chaque période menstruelle, pendant 8 à 15 jours.

Au mois de novembre dernier, les règles venaient de finir, lorsque subitement, la malade ressentit une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Depuis lors, cette douleur a augmenté d'intensité, s'est généralisée à tout l'abdomen, s'irradiant aux cuisses et aux lombes. Elles sont devenues intolérables, et la malade rentre à l'hôpital. La palpation abdominale, douloureuse, ne révèle rien d'intéressant. Mais le toucher, extrêmement douloureux, montre un utérus en anteversion. Le cul-de-sac droit bombe sous une masse volumineuse, rénitente, du volume d'une orange. Dans le cul-de-sac gauche empâté, on sent un petit noyau.

Diagnostic : pyo-salpinx bilatéral avec périmetro-salpingite.

Depuis 4 jours, la malade était au repos dans le service, lorsque dans l'après-midi du 14 décembre, elle est prise d'un violent frisson, d'une douleur encore plus intense dans la fosse iliaque droite qui se rétracte, tandis que tout le reste de l'abdomen est beaucoup moins douloureux. La malade montre rapidement une physionomie prostrée et abattue. La température s'élève à 40°, le pouls bat à 120. Quelques nausées. Au toucher, le vagin est douloureux et chaud, surtout à l'entrée du cul-de-sac droit dont l'examen est impossible, tant il fait souffrir la malade.

D'urgence laparatomie ; gros intestin distendu par des gaz et des matières. Très petite quantité de pus dans le Douglas où se prolabent de chaque côté, 2 pyo-salpinx. Du pyo-salpinx droit part une large fausse membrane qui cloisonne absolument la cavité de Douglas. Aussi, dans le Douglas seul, existe-t-il une zone de péritonite commençante. Sur la face antérieure du pyo-salpinx droit, on constate une perte de substance arrondie, avec tous les caractères d'une perforation. Mais la face postérieure de l'utérus est venue s'appuyer sur cette perforation, en y adhérent et en produisant une oblitération presque totale.

Isolement du pyo-salpinx. Castration bilatérale. Hystérectomie sub-totale. Drainage avec un Mickulicz.

Suites normales. La malade sort complètement guérie le 16 janvier 1911.

OBSERVATION V

(*Personnelle. Service de M. le Professeur Pozzi*)

Mme Lec..., 25 ans, couturière, est amenée à Broca, le 12 septembre 1910, pour des douleurs dans le bas-ventre et des pertes blanches datant de 5 mois. Douleurs continuelles, bilatérales, avec légère prédominance à gauche, si violentes que la

station debout est devenue impossible. Mais depuis 15 jours, petit à petit, elles ont atteint un caractère d'exacerbation intense. Elles sont accompagnées d'abondantes pertes blanches.

Elle a eu 3 enfants : couches toujours normales ; jamais de fausses couches. Tels sont les renseignements qu'elle donne péniblement, car elle est dans un état général excessivement précaire : pouls faible, température de 39° 5, assoupissement, d'où la réveille à chaque instant la douleur abdominale. L'examen de l'abdomen montre une paroi contracturée, surtout dans la fosse iliaque gauche. Le toucher fait sentir un col très abaissé, et un utérus presqu'immobile. Dans le cul-de-sac gauche, très cartonneux, on sent une masse, du volume d'un œuf de poule, rénitente et chaude. Dans le cul-de-sac droit, masse plus petite et non douloureuse.

Diagnostic : crise de péri-salpingite, pyo-salpinx double. En observation avec de la glace sur le ventre.

15 septembre : Depuis son entrée, on fait à la malade quotidiennement 250 grammes de sérum. Etat général de plus en plus alarmant. Température dépassant 39°.

18 septembre : matin, température de 39°3. Le soir, 40°3 et pouls à 150. Visage anxieux, yeux cernés, teint plombé, abdomen ballonné partout. Pas d'hypéresthésie. Les douleurs ont même beaucoup diminué. Mais la paroi abdominale est rétractée, dure, véritable ventre de bois. La palpation profonde est douloureuse surtout au niveau des fosses iliaques et du creux épigastrique. Vomissements verdâtres abondants. Le toucher vaginal, pratiqué avec précaution, révèle une douleur exquise au niveau du cul-de-sac gauche qui est dur et empâté. La douleur est moins grande dans le cul-de-sac droit qui est aussi empâté.

Devant ces symptômes non équivoques de péritonite, à 6 heures du soir, d'urgence, on fait une laparotomie médiane, sous-ombilicale : à l'ouverture de la paroi abdominale, on constate un œdème gélatiniforme sous-péritonéal. La grande cavité

contient un liquide jaunâtre avec grumeaux purulents, d'odeur gangréneuse et très fétide. Très nombreuses adhérences entre les anses intestinales et les organes pelviens. On les décolle. Utérus un peu gros, très fortement congestionné. De chaque côté, une poche de pyo-salpinx : celle de gauche est particulièrement volumineuse et adhérente. De ce côté, la trompe rompue, présente des parois épaissies infiltrées de caillots noirâtres. Dans sa cavité, pus de même nature que celui de la grande cavité péritonéale. Castration bilatérale. Hystérectomie sub-totale. 2 drains et 5 mèches. Mickulicz.

19 septembre : Pendant la nuit on a injecté à la malade, 1 litre de sérum, toutes les 4 heures. 2 ampoules d'huile camphrée par heure. Grogs chauds, champagne. Malgré tout, le pouls faiblit de plus en plus ; les extrémités se cyanosent et se refroidissent, et la malade meurt le 19 septembre.

OBSERVATION VI

(*Personnelle : Service de Monsieur le Professeur Pozzi.*)

Mme Du... 23 ans, employée de commerce, était entrée à l'hôpital Broca, le 11 juin 1910, parce qu'elle souffrait dans le ventre, surtout du côté droit, et qu'elle perdait des caillots noirâtres. Elle n'avouait aucun antécédent gynécologique appréciable. Seulement, le 1er mai dernier, les règles avaient été plus abondantes et plus longues qu'auparavant. Mais au bout de 15 jours, l'hémorrhagie avait cédé à un traitement énergique et tout était rentré dans l'ordre, jusqu'en ce moment où la malade reperdait encore du sang en abondance, au milieu de douleurs abdominales intenses. A l'entrée, l'examen avait révélé un ventre douloureux à la palpation, surtout dans la fosse iliaque droite, avec une défense musculaire très marquée. Une grosse masse annexielle avait été perçue dans le cul-de-sac vaginal droit, et une

petite induration dans le cul-de-sac gauche. Les métrorrhagies abondantes et un léger retard de règles avaient fait poser le diagnostic provisoire de grossesse tubaire.

Mais le 19 juin, la fosse iliaque droite est brusquement le siège d'une recrudescence de douleurs, la température monte rapidement à 39°, le pouls bat à 130, le facies prend le type grippé et la malade angoissée, tombe bientôt dans un état de prostration extrême. D'autre part, mêlé à des caillots abondants, sort par le vagin un liquide verdâtre, purulent et irritant les cuisses.

Le ventre est dur, contracturé, avec de la défense musculaire de tout l'hypogastre. Le toucher, excessivement douloureux, fait constater dans le Douglas, vers la droite, une masse bombante, à peine fluctuante, et qu'un sillon sépare de l'utérus. Du côté gauche, masse moins douloureuse et plus petite.

Diagnostic : péritonite par fissuration de pyo-salpinx.

Laparatomie le 19 juin : la grande cavité péritonéale est encore libre. Mais le péritoine pelvien est très enflammé ; dans le Douglas, petite quantité de liquide franchement purulent. Cette cavité est nettement fermée par de solides adhérences qui unissent les cornes salpingiennes aux anses intestinales et qui ont ainsi protégé la grande cavité. A droite, prolabe dans le Douglas, un gros pyo-salpinx qui présente à sa partie inférieure une légère fissure par où s'échappe un pus jaune-verdâtre ; à gauche, se trouve une petite masse salpingienne, facilement isolable.

Ablation bilatérale des annexes avec hystérectomie sub-totale. Péritonisation partielle. Large drainage abdominal. Suites opératoires normales et la malade sort guérie le 27 juillet.

OBSERVATION VII

(*Personnelle. Service de M. le Professeur Pozzi*)

Mme Si..., 28 ans. 3 mois après son mariage, il y a 10 ans,

avait eu d'abondantes métrorrhagies, et, à la suite, des pertes jaunâtres, accompagnées de douleurs supportables. Si les hémorrhagies ont cédé au traitement, jamais la leucorrhée n'a disparu. N'a jamais été enceinte.

Depuis 4 mois, pertes abondantes qui ont affaibli considérablement la malade, pertes tantôt franchement rouges avec caillots, tantôt brun-verdâtres à odeur fétide. En même temps, douleur continue dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque gauche. La malade accuse aussi quelques phénomènes de cystalgie, (douleurs et fréquence des mictions). Le ventre est souple, non douloureux à la palpation. Le toucher montre deux culs-de-sac latéraux indurés, peu dépressibles, douloureux. Au fond de chacun d'eux, le doigt devine, plutôt qu'il ne sent, une masse salpingienne.

La malade est mise en observation, et on écarte l'idée de traiter sa métrite hémorrhagique par un curettage, opération que la présence des deux masses annexielles rendait dangereuse.

Spontanément le 15 juin, les douleurs abdominales s'exacerbent ; la malade se met à vomir, la température monte à 40°, le pouls faiblit et bat à 120. Lorsqu'on arrive auprès d'elle, le ventre est déjà ballonné, le pouls incomptable. Dans ces conditions, sans perdre de temps, on intervient.

Laparatomie médiane : la grande cavité présente déjà des signes non équivoques de péritonite avec sa séreuse enflammée et du liquide louche dans son intérieur. De chaque côté de l'utérus, se trouvent deux gros pyo-salpinx, violacés, très distendus, et qui lentement laissent sourdre du pus par des fissures, à peine visibles. Ces poches sont tellement tendues qu'elles se rompent, lorsqu'on veut les extirper. Castration bilatérale. Hystérectomie sub-totale. Section aux ciseaux de la paroi postérieure du col. Drainage vaginal par cette voie. Drainage abdominal.

La malade sort guérie le 11 août 1910. Revue le 23 octobre avec cicatrice solide et très bon état général.

OBSERVATION VIII

(Personnelle. Service de M. le Professeur Pozzi)

Mlle Antoinette D..., 25 ans, a ressenti, en février 1909, une violente douleur dans le bas ventre, à la suite d'une chute, dit-elle. Elle fut soignée à Cochin et raconte que 2 abcès percèrent dans le vagin. Ses antécédents gynécologiques, peu intéressants, ne révèlent pas la cause de ces abcès. Quoiqu'il en soit, sortie de Cochin, elle continua à souffrir dans le ventre et à avoir des pertes purulentes. Il y a 8 jours, les douleurs s'exacerbèrent brusquement, surtout au-dessus du pubis. Lorsqu'elle arrive à l'hôpital Broca, le 12 mars 1910, les souffrances sont devenues intolérables. La malade a eu chez elle plusieurs frissons violents et quelques vomissements. Etat d'anorexie complet. Température 38°5. Pouls 120, mais régulier. Le ventre est contracturé dans sa partie sous-ombilicale, tendu, rigide et douloureux. Le vagin très chaud, cache, bombant dans le Douglas, une masse rénitente plutôt que fluctuante, et nettement animée de battements artériels.

D'urgence, on fait une colpotomie qui donne issue à un liquide horriblement fétide, à odeur de matières fécales. On pose un drain vaginal dans le Douglas. Par la suite, la température diminue pendant quelques jours. Mais peu à peu, elle remonte, et se tient bientôt aux environs de 39°. Les crises douloureuses reviennent et se généralisent à tout l'abdomen. Le malade maigrit. Petits frissons quotidiens. Une constipation opiniâtre alterne avec des débâcles diarrhéiques. La cachexie progresse.

Dans ces conditions, le 30 avril 1910, on décide une laparotomie : incision très large de l'abdomen ; on trouve un S iliaque distendu et très adhérent à la paroi abdominale antérieure. Après l'avoir décollé, on tombe sur une poche de pelvi-périto-

nite purulente, fétide, dans laquelle est rompu un pyo-salpinx du côté droit. Ablation première de l'utérus. Puis extirpation des deux annexes. Section médiane de la paroi postérieure du col jusqu'au niveau de l'orifice de la colpotomie qui est considérablement agrandi. Large drainage abdominal et vaginal.

Les suites opératoires paraissent normales, lorsque, quelques jours plus tard, la malade se mit subitement à perdre des matières fécales par la partie inférieure de la cicatrice abdominale, ainsi que par le vagin. Puis la cicatrice se ferma et les matières n'eurent pas d'issues au dehors. Les jours suivants, la température remonte et prend un caractère rémittent, avec exacerbation vespérale de 38°,5. De petits frissons apparaissent. Le pouls, petit et fréquent, est par intervalle, fort irrégulier. Le facies devient terreux : on se doute que ces phénomènes de septicémie sont dûs à la résorption des matières fécales.

Le 11 juin, on intervient et on constate une énorme perte de substance, au niveau du colon pelvien. On décide de pratiquer un anus iliaque, qui est fait dans le flanc, un peu plus haut que d'habitude. Cette opération présente quelques difficultés, parce qu'il faut la faire sur la fin du côlon descendant dont le méso est très court, si bien que l'intestin bride énormément.

La malade est sortie, quelques mois plus tard, avec son anus iliaque et revient de temps en temps à l'hôpital où l'on constate que son état général est aussi bon que possible.

OBSERVATION IX

(Cotte et Charlier : *revue de gyn. et chir. abdomin., 1907*)

Femme de 27 ans, qui, à la suite d'une fausse couche, souffrait dans le ventre, au moment de ses règles, depuis 7 années. Le 22 février 1900, brusquement, à la suite d'un effort, soulevant

un enfant de quelques mois elle ressent une violente douleur dans le bas-ventre. Vomissements bilieux. Tympanisme abdominal. Arrêt complet des matières et des gaz. Coliques généralisées. A son entrée à l'hôpital, 24 février, tympanisme généralisé. Constipation absolue, oligurie, température 38°,7. Pouls à 130. Facies péritonéal. Vomissements porracés abondants.

D'urgence laparotomie : liquide purulent dans toute la cavité péritonéale qui n'est défendue par aucune adhérence. A cause du mauvais état de la patiente, on fait un simple drainage. Mort, 4 heures après l'opération.

L'autopsie montre des lésions de péritonite diffuse due à une collection salpingienne droite évacuée dans la grande cavité. L'orifice de perforation, situé au niveau de l'ampoule, admettait le petit doigt et ressemblait à un ulcère infundibuliforme, perforé de l'estomac.

OBSERVATION X

[Cotte et Charlier, *loco-citato*]

Femme de 30 ans, a des pertes blanches, depuis 8 ans, à la suite d'une fausse couche. Le 3 août 1902, violente douleur dans le bas-ventre en vaquant à ses occupations. Vomissements. Tympanisme. Disparition de ces troubles par le repos. Le 16 août, douleur brusque dans l'abdomen. Météorisme. Arrêt des gaz et des matières. Entre à l'hôpital le 18 août, avec un pouls de 140 et une température de 40°1, du hoquet, des vomissements porracés, un facies péritonéal.

Laparatomie d'urgence : sérosité louche dans la grande cavité, pus dans le petit bassin. L'étage supérieur ne contient pas de fausses membranes. Dans le pelvis, traces d'inflammation plus ancienne. Baignant dans le pus, la trompe gauche flasque,

épaissie, mais avec une cavité. Sur le bord supérieur de l'ampoule, plaque de gangrène avec une perforation, du volume d'une tête d'épingle. Extirpation de la trompe. Drainage abdomino-vaginal. Sérum. Mort le 21 août.

OBSERVATION XI

(Cotte et Charlier, *loco citato*)

Femme de 26 ans, entre à l'hôpital le 6 septembre 1904, dans un état de cyanose et de dyspnée intense. Gros runcus aux 2 temps de la respiration. Pouls incomptable. Température 39°. Ventre ballonné, dur, douloureux. Mort en quelques heures.

Autopsie : péritonite généralisée par rupture d'un pyo-salpinx droit. Lésions de broncho-pneumonie. Rétrécissement mitral très serré.

OBSERVATION XII

(Cotte et Charlier, *loco citato*)

Femme de 26 ans, qui, depuis 4 ans, sans cause connue, souffre souvent dans le bas-ventre. Il y a 6 jours, a ressenti dans le bas-ventre une brusque et violente douleur. Depuis, elle n'a cessé de souffrir. A son entrée à l'hôpital, le 26 juin 1905, on constate un ventre très ballonné. Suppression des matières et des gaz. Vomissements porracés. Palpation partout douloureuse. Toucher douloureux : culs-de-sacs tendus ; collection en arrière et à droite. Température 38°. Pouls à 130.

Laparotomie d'urgence : œdème du tissu cellulaire sous-

péritonéal. Sérosité abondante, louche et fétide dans la grande cavité. Aucune adhérence. Dans le petit bassin, exsudats membraneux anciens. A droite, poche tubaire affaissée, présentant une déchirure de 1 centimètre et demi et dans laquelle se trouve un pus épais et compact. Ouverture de la poche et simple drainage abdomino-vaginal.

Après quelques jours d'amélioration, le 22 juillet, la température remonte, avec des signes de rétention. On agrandit l'incision vaginale et l'on vide une volumineuse collection remontant jusque dans la fosse iliaque droite. 15 jours plus tard, nouvelle collection dans la fosse iliaque gauche. Drainage abdomino-vaginal : suites normales.

OBSERVATION XIII

(Cotte et Chalier. *loco citato*)

Claudine B..., 36 ans, sans antécédents ; le 25 décembre 1906, au moment de ses règles, ressent des douleurs à la miction et une cuisson à la vulve et à l'anus. Depuis, elle souffre dans le bas-ventre, du côté droit. Le 4 janvier 1907, les douleurs s'accrurent et s'accompagnèrent de vomissements bilieux, de fièvre, de constipation opiniâtre. Le 9 janvier, à la suite de l'absorption d'un purgatif, violente douleur dans la fosse iliaque droite avec frissons et lipothymies. Puis forte débâcle par l'anus et amélioration passagère. Mais rapidement, pouls rapide, faciès grippé, et la malade rentre à l'hôpital le 10 janvier. Température 39° 6 et pouls à 130.

Intervention immédiate par la laparatomie. Dans la grande cavité, grande quantité de liquide, louche en haut, nettement purulent en bas. Simple drainage abdomino-vaginal. 24 heures après, mort dans l'algidité.

Autopsie : L'ovaire droit, gros comme un œuf de poule, est plein de pus. Il est formé de deux poches séparées par une cloison : la poche interne présente deux petites perforations. La poche externe présente également deux perforations avec tissu nécrosé.

OBSERVATION XIV

(Lejars : *Société d'obst. et gynéc. 1905. page 21*)

Femme de 22 ans, amenée à l'hôpital, le 13 décembre 1904, très affaissée. Il y a 5 ou 6 jours, fut prise d'une douleur subite dans le ventre ; depuis vomit et souffre continuellement. Facies grippé et pâle. Langue sèche. Pouls petit à 130. Respiration fréquente. Ventre volumineux, distendu également sur toute sa surface, dur et résistant. A la palpation, vive sensibilité abdominale, surtout dans l'hypogastre et les fosses iliaques, plus accusée à droite. Dans les culs-de-sac latéraux, empâtement diffus, mollasse, sans limites nettes.

Diagnostic : Péritonite généralisée, peut-être d'origine appendiculaire.

Intervention immédiate : péritonite. Appendice sain. Annexes droites saines. Côté gauche du bassin rempli par une volumineuse masse annexielle composée d'un pyo-salpinx perforé et d'un gros ovaire suppuré. Castration, drainage. Le lendemain, météorisme, ni selles, ni gaz. Pouls misérable. Pas de vomissements. Intoxication stercorémique avancée. Entérostomie dans la fosse iliaque droite. Paralysie intestinale généralisée. Mort la nuit suivante.

OBSERVATION XV

(Lejars... *Idem*)

Femme de 48 ans, malade depuis 8 jours. Ventre ballonné. Défense musculaire. Facies grippé. Pouls à 130, petit. Température 37°. Utérus rétrofléchi, entouré d'une masse molle, demi-fluctuante, siégeant dans le Douglas.

Diagnostic : péritonite d'origine pyo-salpingienne ou hématocèle suppurée. Car la malade avait perdu, pendant 8 jours au début de la crise, après un retard d'un mois. La laparotomie montra une vaste nappe purulente dans la cavité péritonéale, et 2 pyo-salpinx bilatéraux, celui de gauche, affaissé et perforé à sa partie postéro-supérieure d'une ouverture laissant passer le pouce. Castration. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XVI

(Lejars... *idem*)

Voici une femme de 22 ans, qui, à la suite d'un accouchement normal, en février 1901, ressentit des douleurs à gauche, dans le bas-ventre, accompagnées de fièvre. En décembre 1901, elle ressentit, dans la même région, des douleurs aigues, accompagnées de grandes oscillations fébriles et de vomissements. Lorsqu'on l'examina, on trouva toute la moitié gauche du ventre occupée par une énorme tuméfaction qui remontait jusqu'à l'ombilic. C'était un bloc épais et fixe, très douloureux au palper et donnant une vague sensation de fluctuation profonde. Col utérin situé très haut. Derrière lui et à gauche, empâtement

diffus qui paraissait se continuer avec la masse iléo-abdominale.

Opération le 18 février 1902 : à gauche, annexes encapuchonnées d'épiploon adhérent. Volumineux pyo-salpinx, communiquant par un large orifice, avec une vaste collection purulente qui remplissait toute la fosse iliaque gauche jusqu'à l'ombilic. Enlèvement des annexes. Drain dans la fosse iliaque. Drain vaginal. Après une longue période de suppuration, guérison complète.

OBSERVATION XVII

(Lejars... *Idem*)

Femme de 30 ans. entre à l'hôpital, le 15 juin 1903, avec une température de 39°, un pouls fréquent, des vomissements, du ballonnement, des douleurs très vives sous-ombilicales. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tuméfaction molle, empâtée, douloureuse, se prolongeant vers la droite. Défense musculaire intense.

La laparotomie (17 juin), laisse voir un 1/3 de litre d'un pus très fétide dans la cavité rétro-utérine. Ce pus, produit d'une grosse masse annexielle droite, sphacélée, présentant, vers son 1/3 externe, une perforation à bords noirâtres.

OBSERVATION XVIII

(Lejars... *id.*)

Femme de 28 ans qui n'a jamais souffert dans le ventre, et qui se présente avec des accidents d'hématocèle suppurée, da-

tant de 3 semaines. Début brusque par douleurs, ballonnement abdominal, constipation, vomissements et fièvre. Au toucher, grosse masse rétro-utérine. Colpotomie le 28 avril 1903 : rien ne s'écoule du Douglas, mais l'on sent plus haut une masse arrondie qui se prolonge dans l'abdomen. Drainage. Après une amélioration légère, la fièvre continue. Dans la fosse iliaque droite, se développe un plastron induré et douloureux. Le 19 mai incision sur le bord externe du grand droit : trompe droite, largement rompue, presque sectionnée, contenant du pus.

OBSERVATION XIX

(Legueu. *Société d'obst. gynéc. et pédiat. 1903*).

Mme X... 27 ans, présente depuis 4 ans, des phénomènes de salpingite pour lesquels, elle a déjà subi une colpotomie. En palpant une grosse tumeur médiane, sus-pubienne, douloureuse et nettement dépressible, monsieur Legueu sentit, tout à coup, un petit craquement ; la malade éprouva une sensation douloureuse et la tumeur s'affaissa instantanément. Immédiatement, on laparatomise et on trouve un pyo-salpinx gauche rompu par où s'échappent 200 grammes de pus dans la cavité péritonéale. Castration totale. Guérison.

OBSERVATION XX

(Legueu : *loco citato*)

Mme X... 27 ans, qui, depuis 14 ans, a des pertes verdâtres, ressent, depuis trois semaines, des brûlures à la miction et des douleurs abdominales aigues qui se sont localisées aux fosses

iliaques, surtout à gauche. Le toucher a permis le diagnostic de double pyo-salpinx. Le 29 août, pendant l'exploration, M. Legueu a l'impression d'une rupture brusque de la tumeur. La malade perçoit aussi cette rupture, mais sans ressentir immédiatement de douleurs vives. La masse, que l'on sentait dans l'abdomen, disparaît complètement. 10 minutes après l'accident, symptômes extrêmement violents : douleur atroce, généralisée à tout l'abdomen, vomissements verts, bilieux ; affolement et petitesse du pouls ; tendance syncopale. Température de 39°. On pense un moment à une hémorragie interne. Laparatomie, une heure après la rupture : pus abondant dans la grande cavité. A gauche, énorme pyo-salpinx, présentant une rupture transversale, de 6 à 7 centimètres par où s'échappe un pus abondant et brunâtre. Gros pyo-salpinx à droite. Castration, guérison sans incidents.

OBSERVATION XXI

(H. Brin. *Archiv. Méd. Angers 1900, p, 556*)

Louise M...., 20 ans. Depuis 3 semaines, souffre du ventre, a des vomissements verdâtres, Depuis de longues années, présente des phénomènes salpingiens. On l'amène à l'hôpital, dans un état général très grave. Température 40° 1. Pouls incomptable. Râles disséminés aux poumons. Phénomènes de péritonite. On pense à une tuberculose aiguë avec péritonite. Mort. A l'autopsie, péritonite par rupture d'un pyo-salpinx droit. Foyers de broncho-pneumonie aux poumons.

OBSERVATION XXII

(H. Brin. *Arch. Méd. Angers 1900*)

Femme de 17 ans, s'est mise brusquement, sans aucun antécédent, à souffrir brusquement du ventre et à perdre du sang. Au bout de 15 jours, amenée à l'hôpital avec des phénomènes de péritonite généralisée, une température de 37° 5 et un pouls de 140. Mort dans l'algidité.

Autopsie : Péritonite généralisée par rupture de pyo-salpinx.

OBSERVATION XXIII

(H. Brin. *Arch. Méd. Angers 1900*)

Mme R..., depuis 4 ans, souffrait dans le ventre, de douleurs salpingineuses. Douleurs plus violentes depuis un mois. En montant l'escalier, pour se rendre à la consultation du médecin, elle ressent une violente douleur dans le bas-ventre et tombe presque sans connaissance... Au palper, tuméfaction régulière dans la face iliaque gauche. Au toucher, le cul-de sac gauche et le Douglas sont peu dépressibles, mais ne bombent pas. Repos avec de la glace sur le ventre. Un seul vomissement. Le soir, température de 39° 5, douleur violente, bien localisée. Pouls 95, bien battu. Facies bon. Amélioration le lendemain. Le 10e jour, laparatomie qui montre une volumineuse trompe, remplie de pus, avec parois particulièrement friables, sans fistule apparente, mais par où vraisemblement s'était faite une petite fuite de pus. Fausses membranes tapissant le Douglas. Extirpation. Guérison.

OBSERVATION XXIV

(Cullingworth. *Lancet London 1894, p. 194*)

Femme de 45 ans qui a des pertes blanches depuis son mariage. Attaque de pelvi-péritonite en 1885, avec formation d'une tumeur abdominale qui se résorbe. Bonne santé jusqu'en 1893. En novembre 1893, violente douleur dans le bas-ventre, avec grosse masse pelvienne dure et immobile.

Fièvre. Le 18 décembre, on constate, à gauche, une masse qui va du pubis à l'ombilic, mate et très tendue.

Autre tumeur dans le Douglas. Le 2 février, la paroi se soulève par l'effet de la tumeur. Facies péritonéal. Vomissements. Pouls à 100 et faible. Température 39°. Urines albumineuses. Diarrhée.

Laparotomie : pus clair et fétide, dans la grande cavité ; pus épais et fécaloïde, dans le petit bassin. Mort une heure plus tard.

Autopsie : trompe gauche épaissie et dilatée, ulcérée, rompue en deux endroits et communiquant avec la grande cavité. A droite, un pyo-salpinx rompu s'ouvrait dans une poche purulente située entre le rectum et le vagin. Communication entre la poche purulente et le rectum.

OBSERVATION XXV

(Cullingworth *Lancet-London 1894*)

Femme de 23 ans, qui avait eu, 3 ans auparavant, des pertes blanches, avec phénomènes de cystite, ressent, tout d'un coup, une violente douleur, dans la fosse iliaque gauche, et le ventre

se ballonne. En même temps, abondantes pertes jaunâtres, douleurs à la miction. Température 39°. Constipation. Défense musculaire dans la fosse iliaque gauche. Masse douloureuse, comblant le cul-de-sac gauche. A droite, petite masse réunie à celle de gauche par une tuméfaction rétro utérine comblant le Douglas. Laparotomie : poche purulente entre l'utérus et le ligament large gauche, communiquant avec une masse annexielle de ce côté. Large drainage, guérison.

OBSERVATION XXVI

(Burty cité par Ozenne *Paris-Chirurgical 1909*)

Femme de 29 ans, a des règles douloureuses depuis un an. A la fin d'août 1908, à la suite d'une constipation rebelle, brusque douleur abdominale avec vomissements, ventre dur, fièvre de 39° et pouls de 120. Etat persistant pendant 3 semaines, avec affaiblissement progressif. Le 20 septembre, à son arrivée à l'hôpital, on lui trouve 200 grammes de pus par litre d'urine. Ventre dur avec matité sensible sous ombilicale. Col immobilisé par une gangue inflammatoire. Culs de sac vaginaux douloureux et empatés. Absence de douleur dans la région lombaire : on ne sent pas les reins. La cystoscopie pratiquée le 31 octobre, montre à 1 centimètre de l'orifice de l'uretère droit, un petit orifice par où sourd du pus jaunâtre et verdâtre.

Opération le 5 novembre 1908 : pus dans l'espace Retzin. Lésions de péritonite. Trompe droite épaissie, couchée et adhérente à la face antérieure et supérieure de la vessie. Castration. Hystérectomie. Suture de la vessie. Guérison.

OBSERVATION XXVII

(Muller et Petitjean *Gazette des hôpitaux 1908.*)

Femme de 38 ans, ressent, pour la première fois, il y a 15 ans, des douleurs lombaires, sensation de brûlure dans les reins, qui durent pendant 5 ans.

Il y a 10 ans, elle souffrait déjà depuis 10 jours de douleurs lombaires avec irradiations dans le bas-ventre, lorsque subitement elle ressentit une violente douleur abdominale, avec maximum dans le flanc gauche. En même temps, vomissements. Cette crise dure 15 jours et se termine par une pyurie. Pendant 7 mois, sans phénomène de cystite, pyurie, puis les urines s'éclaircissent peu à peu, et la malade, pendant 10 ans, reste en bonne santé, avec, de temps en temps, quelques douleurs lombo-abdominales.

Mais depuis huit jours, elle souffre de douleurs lombaires, et rentre à l'hôpital très abattue, sans température, ni vomissements. Le 19 août 1907, urines limpides et normales. A gauche, tout le flanc est douloureux, la fosse iliaque contracturée. Palpation rénale négative. Dans le cul-de-sac gauche, masse annexielle dure et très douloureuse. Aucun antécédent gynécologique. Le 23 août brusquement, pus dans les urines. Après filtration, albumine. La malade dit se trouver beaucoup mieux, et raconte que cette nuit, elle a eu une sensation de contraction douloureuse de la vessie et s'est mise à uriner du pus. Les dernières gouttes seules contiennent du pus ; et cette pyurie continue, sans phénomènes de cystite, en même temps que la masse salpingienne diminue de volume. Radiographie rénale négative. Cystocopie négative.

Opération le 3 septembre. Castration avec hystérectomie subtotale ; pyo-salpinx gauche séro-purulent qui ne montre aucune

fistule. Impossible d'apercevoir un orifice vésical. A la suite de cette intervention, la malade présente des phénomènes de pyohémie progressive et meurt le 30 octobre.

L'autopsie montre le détroit supérieur entièrement cloisonné par un plancher péritonéal. Un orifice vésical, de la grosseur d'une lentille qui correspondait à l'abouchement vésical d'un trajet fistuleux, faisant communiquer, à travers le tissu cellulaire sous-péritonéal, la vessie avec la collection salpingienne.

Abcès dans la rate et dans le rein droit.

OBSERVATION XXVIII

(Fauverghe *Thèse de Lille 1901-02, p. 30*)

X..., 27 ans, troubles salpingiens depuis son mariage. En juillet 1901, violente douleur dans la fosse iliaque gauche. Les règles apparaissent avec deux mois de retard. Le 11 août, nouvelles douleurs ; ventre ballonné ; température 40° 8. Guérison par traitement médical. Le 15 octobre, nouvelle crise qui dure jusqu'au 30 novembre, où les douleurs cessent brusquement, par débâcle urinaire purulente. La température tombe à 37°. L'appétit revient ; la tuméfaction de la fosse iliaque gauche diminue de volume. La pression exercée à ce niveau, fait sourdre une gouttelette de pus par un orifice que la cystoscopie permet de voir, siégeant un peu au-dessus de l'entrée de l'uretère gauche.

La laparatomie montre qu'un volumineux hydro-salpinx droit a refoulé la vessie vers la gauche ; comme cet organe ne pouvait se reporter en haut, (adhérences solides entre l'intestin, l'utérus et la paroi abdominale), il est venu s'accoler à un pyosalpinx gauche qui s'est rompu dans sa cavité. Castration. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXIX

(Fauverghe. *Th. de Lille, 1901-1902*)

Catherine P..., 33 ans, souffre de troubles salpingiens depuis longtemps. En janvier 1891, violentes douleurs du côté gauche, qui ne sont calmées que par l'apparition de pus dans les urines. Fièvre vespérale. Amaigrissement.

Le 3 mars, intervention : extirpation d'un pyo-salpinx gauche ouvert dans la vessie et le vagin. Il se forme une fistule à la cicatrice abdominale, et des phénomènes de cystite, d'une acuité particulière, apparaissent au moment des règles. Pus, de nouveau, dans les urines.

28 octobre, hystérectomie vaginale. Guérison complète.

OBSERVATION XXX

(Fauverghe. *Th. de Litle, 1901-1902*)

Mme S..., 44 ans. En janvier 1892, crises douloureuses abdominales du côté droit avec tuméfaction iliaque et fièvre. Le 3 janvier : tenesme vésical intense, douleurs post-mictionnelles, 20 mictions par jour. Le 9 janvier, tous ces phénomènes se terminent par une débâcle purulente dans la vessie.

OBSERVATION XXXI

(*Berlin Klin. Woch. 1874 p. 175.*)

Le 19 ème jour après un accouchement, une femme de 36 ans est prise de violentes douleurs abdominales avec besoin irrésis-

ble de défécation qui amène une sortie de pus dans le rectum Le pus rectal disparaît, pour laisser revenir les douleurs jusqu'au jour où les urines charrient à nouveau du pus. Les jours suivants, matières fécales dans les urines. Cystite intense et mort.

OBSERVATION XXXII

(Michaux, cité par Fourcade, *Th. de Paris 1893.*)

Pyo-salpinx ouvert dans la vessie. Néphrite ascendante. Hystérectomie vaginale. Mort.

OBSERVATION XXXIII

(Bouilly N^elles. *Arch. Obst. et gynéc. 1888.*)

Femme de 34 ans qui a eu une pelvi-péritonite, il y a 10 ans. En septembre 1884, elle constate une tuméfaction notable de la fosse iliaque droite; et, un écoulement de pus se fit par le rectum. L'examen montra, dans la fosse iliaque droite, une tumeur, du volume d'une tête fœtale, fluctuale. Dans le Douglas, tumeur arrondie. Cette masse se vide abondamment par le rectum.

Castration totale et drainage, le 29 décembre. Les jours suivants, vomissements et hoquet. Le quatrième jour, s'échappent, par la plaie abdominale, des gaz et des matières fécales, fistule stercorale. Guérison lente et spontanée.

OBSERVATION XXXIV

(Négrier *page 112*)

Femme de 19 ans qui a eu la blennorrhagie. Au mois de novembre 1905, douleur sourde dans la partie profonde du vagin. Le 10 mai suivant, au moment des règles, douleurs plus vives qui s'étendent à tout l'abdomen. 3 jours plus tard, tumeur du côté droit de l'hypogastre, qui augmente jusqu'au 15 octobre. Le 5 novembre, écoulenent abondant de matières puriformes par l'anus, qui a continué pendant 4 mois, pendant que la tumeur du bassin s'affaissait.

OBSERVATION XXXV

(Dauriac *Société Anatomique 1891*)

B..., 27 ans, 10 jours après un accouchement, présente des phénomènes septicémiques et il se forme une masse salpingienne du côté gauche. La température monte à 39° 4 et un mois après écoulement muco-purulent par le rectum. Mort. Autopsie : pyosalpinx ouvert communiquant avec le rectum, par une ouverture située à 20 centimètres au dessus du sphincter anal, et avec la cavité utérine, par une perforation située à la partie postéro-supérieure du col.

OBSERVATION XXXVI

(Ozenne. *Rev. Obst. et gynéc. 1891 p. 93.*)

Femme de 30 ans, souffrant de douleurs salpingiennes, dans la fosse iliaque gauche, à la suite d'un accouchement. Ces douleurs s'étaient calmées après une évacuation purulente par l'anus. Au bout de trois mois, la fistule rectale se ferma.

8 ans après, nouvelles douleurs qui s'améliorent encore par la rupture de la poche purulente dans le rectum. La douche d'Hégar amène une guérison rapide.

OBSERVATION XXXVII

(Tbrrillon. *Société de Chirurgie. 1887.*)

X..... 27 ans 1/2. Salpingite à la suite de fausse couche. 12 janvier 1903, douleurs dans le ventre, vomissements ; péritonite localisée ; fièvre. Après 22 jours, pus dans le rectum. Soulagement immédiat. Les douleurs réapparaissent, lorsque la sécrétion purulente se tarit ; puis nouvelle débâcle rectale. Tout se calme jusqu'au mois d'octobre où les douleurs réapparaissent, et ne sont diminuées que par une débâcle rectale purulente. Depuis, la fistule rectale persiste. L'intervention montre une masse annexielle, purulente ouverte dans le rectum.

OBSERVATION XXXVIII

[Delanoe. *Th. de Paris, 1907*]

Femme, sans antécédents, présente, dans le flanc et dans la fosse iliaque gauche, une tuméfaction qui s'accompagne de ballonnement abdominal et de douleurs violentes ; constipation opiniâtre. Vomissements incoercibles ; puis brusquement diarrhée et pendant 10 jours, on trouve du pus dans les selles. L'intervention montre une poche annexielle purulente ouverte dans le rectum.

OBSERVATION XXXIX

(Viannay. *Loire Médicale, 1910, p. 495*)

B.-M..., 24 ans, après un accouchement laborieux (forceps), quand elle voulut se lever, sentit dans la fosse iliaque droite, un point de côté violent, qui marqua le début d'une salpingo-ovarite suppurée pour laquelle on pratiqua plus tard une colpotomie.

Au premier retour des règles, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque avec pertes purulentes. Plus récemment, troubles vésicaux intenses : [pollakiurie, douleurs vives à la miction, urines purulentes.] Peu à peu, se forme, autour de l'ombilic, une collection purulente qui s'ouvre spontanément et reste fistuleuse. A son entrée à l'hôpital, en août 1910, température vespérale de 38°4 ; abondante suppuration ; induration profonde du cul-de-sac vaginal droit. 2 août, intervention ; on trouve un trajet fistuleux, sur la ligne médiane, derrière le plan musculo-aponévrotique, et dont la paroi profonde est formée par le péritoine

pariétal antérieur, à peine épaissi. Ce trajet part de l'ombilic et aboutit à une collection purulente pré-vésicale dépendant des annexes droites. Drainage abdomino-vaginal. Guérison.

OBSERVATION XL

[W. Léa *North of England obst and gynéc. Soc. 1906*]

Malade à qui on a fait un drainage abdomino-vaginal pour poche purulente salpingienne. 4 mois plus tard, trajet fistuleux au dessous de l'ombilic qui conduisait à une poche pelvienne contenant l'ovaire et la trompe supprimée.

OBSERVATION XLI

(*Christian Fenger 1885*)

Margaret R..., 38 ans. Douleurs pelviennes en 1883 dont elle est soulagée par un écoulement de pus par le rectum, qui persiste. Mais, dans le ligament large gauche se forme une tumeur dure, confondue avec l'utérus. Dans la région sus-pubienne, autre tumeur. Opération. Mort. Abcès du ligament large gauche, communiquant d'une part avec le rectum, d'autre part avec la cavité purulente de la trompe.

OBSERVATION XLII

(*Société Anatom. 1878, p. 325*)

X..., 36 ans. Depuis un mois, douleurs dans la fosse iliaque gauche qui est occupée par une tumeur. Cul-de-sac gauche occupé par une seconde tumeur indépendante de la première. Mort.

Autopsie : péritonite ; la trompe gauche, épaissie, s'ouvre dans une poche purulente située à la partie supérieure du ligament large. Autre foyer indépendant à la base du ligament large.

OBSERVATION XLIII

[*Kœnig 1862*]

F.... Sch.... en janvier 1900, douleurs dans le flanc gauche, et symptômes dyspeptiques. Amaigrissement et fièvre. Le lendemain, au-dessus du ligament de Poupart, tumeur dure, mate et douloureuse. Vers le millieu de février, je fus surpris de voir la malade très améliorée. Tumeur très diminuée. Je croyais à une résorption, mais je constate que l'urine était chargée de pus.

CHAPITRE I.

Le pyo-salpinx

Depuis le magistral travail du professeur Delbet, (*les suppurations pelviennes chez la femme*), on a beaucoup écrit sur la rupture des pyo-salpinx. Mais chaque auteur s'est attaché à dépeindre une complication particulière de cet accident, ouverture dans la grande cavité péritonéale, évacuation dans la vessie, etc. Il nous a semblé intéressant de considérer, d'un point de vue général et synthétique, ce drame clinique qui menace toute femme, atteinte de salpingo-ovarite. Kyste purulent de la trompe, le pyo-salpinx peut évoluer lentement, pendant des années, n'offrant d'autres symptômes fonctionnels que, de temps à autre, des crises de péri-salpingite.

Jamais peut-être il ne se dévoilera par d'autres troubles, et le pus que renferme sa cavité, se résorbera sans incident. Ailleurs, diagnostiqué précocement, l'abcès tubaire finira son histoire sous le bistouri du chirurgien. Mais parfois, son insidieuse évolution aboutira aux graves évènements de la rupture : ses parois ulcérées par le pus se nécrosent, se tendent, et brutalement, éclatent un jour les terribles symptômes de la péritonite généralisée ; ou bien la grande cavité, protégée par des adhérences, est respectée par le pus, qui limite son action funeste au petit bassin. Chez d'autres malades, les phénomènes de rupture sont moins émouvants ; mais nous verrons que l'ouverture dans le rectum ou la vessie est loin d'être une terminaison heureuse.

Le pus peut encore fuser vers les ligaments larges, vers la paroi abdominale etc...

Ce sont ces divers et capricieux phénomènes qui accompagnent ou suivent la rupture que nous nous proposons de passer en revue.

Donc nous étudierons :

1° La rupture en général,

2° Les complications de la rupture.

CHAPITRE II

La rupture du Pyo-Salpinx

Les deux modes d'ouverture

Quel que soit l'endroit où le pus salpingien va se déverser, il nous a semblé, à la lecture des observations, que la rupture du pyo-salpinx pouvait se faire de deux façons : 1° ou brutalement, par un véritable éclatement de ses parois nécrosées et surtendues ; 2°, ou sournoisement par d'imperceptibles fissurations qui laisseront sourdre, au début, de microscopiques gouttelettes purulentes.

1° La fissuration

A) *Pathogénie*

A notre avis, ce dernier mode est le plus fréquent, et, depuis longtemps, le professeur Delbet a insisté sur

cette gangrène lente qui, par un processus analogue à celui de l'ulcère stomacal, ronge la paroi jusqu'à ce qu'elle produise une perforation qui videra la poche purulente dans la cavité du péritoine ou des viscères environnants.

B) *Les prodromes*

De fait, fréquemment, avant que n'éclatent les dramatiques symptômes de la rupture, les malades éprouvent, pendant quelques jours, voire quelques semaines, des malaises nettement définies, de péri-salpingite : douleurs dans le bas-ventre, intenses, mais moins violentes que celles qui éclateront sans tarder, légère élévation de température, état nauséeux. Le palper combiné au toucher révèle un cul de sac déjà plus enflammé, plus douloureux, au fond duquel on sent la masse salpingienne plus chaude et plus tendue. Ce sont là de véritables prodromes que nous notons dans la plupart de nos observations ; et, si l'on a le bonheur d'opérer à ce stade, on trouve dans le petit bassin des traces de péritonite commençante : le péritoine enflammé est couvert d'une sérosité purulente que l'on voit nettement sourdre de la poche tubaire, à travers « *les milles éraillures* » de la paroi dont L. Tait avait deviné le rôle.

2° Rupture brutale

A) *Pathogénie*

La rupture brutale, sans prodromes, n'est pas si fré-

quente. Elle n'est produite véritablement que par une cause mécanique. Les observations que nous avons recueillies en offrent quelques exemples. La rupture survient à la suite d'un coït (OBS. I), d'une chute (II et VIII) ; à l'occasion d'un effort, soit que la femme vaque à ses occupations (X), soit qu'elle soulève un enfant (IV), soit qu'elle monte un escalier (XXIII). Ailleurs, la poche se rompt sous l'influence d'un purgatif absorbé (XIII), ou bien au moment où la femme se lève pour la première fois, après un accouchement (XXXIX). Dans d'autres circonstances, les règles survenues normalement, ou après un retard inaccoutumé, ont paru avoir une réelle action sur l'ouverture (IV, XIII, VI, XXXIV) ; enfin, deux fois, monsieur Leguen a provoqué l'accident, au moment de l'examen gynécologique, en palpant la tumeur salpingienne (XIX, XX). Mais ces différentes causes, auxquelles nous ajouterons l'abaissement de l'utérus par des pinces, l'application d'un pessaire et diverses manœuvres obstétricales, n'ont été que de secondaires instruments qui ont hâté une rupture, sans doute inévitable. Le processus nécrotique, dont nous parlions plus haut, avait tout préparé pour l'accident, lorsque l'effort, souvent minime, l'a fait éclater.

B) *Symptômes de la rupture brutale*

Cette rupture brutale est souvent sentie, par la femme, sous forme d'un craquement dans l'abdomen, et deux

fois, les doigts du chirurgien, qui palpaient l'abcès tubaire, ont perçu ce craquement. En même temps, ces doigts suivaient la tumeur, distendue une seconde auparavant, et qui maintenant s'affaissait, filait dans tous les sens, disparaissait. La malade éprouvait, sur le coup, une minute d'angoissante douleur, et goûtait, peu après, une trompeuse sensation de bien-être, hélas ! de courte durée. Car moins de 10 minutes après la rupture, éclatent les dramatiques symptômes de la péritonite. D'autres malades localisent ce premier moment de souffrance dans la vessie ou dans l'intestin qui leur donnent l'impression de se tordre et d'éclater. Mais le calme survient bientôt par une débâcle de pus dans l'urine ou dans les fèces.

3° Date de la rupture, au cours de l'évolution de la salpingite

Il nous paraît intéressant de noter que ces ruptures, brutales ou insidieuses, se produisent **à toutes les périodes** de la salpingo-ovarite.

A) *Infection ancienne*

Dans la plus grande partie de nos observations, il est vrai, plusieurs mois, plusieurs années se sont écoulées depuis la blennorrhagie, l'accouchement septique ou la fausse couche qui ont marqué le début de l'infection génitale. Parfois même, après les douleurs et les pertes verdâtres de la première crise, tout est rentré dans l'or-

dre, et la femme a pu se croire définitivement guérie. La plupart du temps, le calme n'est pas aussi absolu, et des crises répétées de péri-salpingite, viennent, de temps à autre, surtout au moment des règles, clouer la femme sur son lit. Mais enfin, en dehors de ces atteintes, l'état général reste bon, jusqu'au jours où éclateront les terribles phénomènes de rupture.

B) *Infection récente*

D'autre part, nous avons recueilli dans la littérature médicale des observations probantes où le pyo-salpinx s'est ouvert spontanément au cours **de la première atteinte** d'annexite ; des cas où l'investigation la plus minutieuse n'avait pu découvrir, jusque là, le plus léger antécédent gynécologique.

4° Conditions qui donnent plus de gravité à la rupture

Ajoutons même que les complications sont souvent d'autant plus terribles que l'abcès tubaire s'est formé et rompu plus rapidement après la première infection (**Obs. XIII**). Nous nous interdisons toute longue discussion pathogénique ; nous croyons cependant que cette acuité des symptômes de la rupture, dans les cas d'infection récente, est due à ce que le péritoine, peu entraîné encore à la défense, n'a pas eu le temps de former des adhérences protectrices et qu'il s'est laissé ra-

pidement envahir par le pus. Que l'on ne nous fasse pas dire, toutefois, que l'ancienneté de l'infection confère au pyo-salpinx qui s'ouvre une bénignité plus grande : l'**OBSERVATION XXIV** nous présente une femme chez qui les accidents de rupture se sont manifestés, *sept ans après l'inoculation* : en ont-ils été moins terribles ? Mais, ce que nous pouvons constater, dans nos observations, c'est que chez les malades sujettes à de fréquentes crises de péri-salpingite, la plus grave complication de la rupture, la péritonite généralisée, est plus lente à se produire.

5° Circonstances qui favorisent la rupture

A) *Les crises de péri-salpingite et les adhérences*

Mais ce sont aussi ces malades qui ont le plus de tendance à voir s'ouvrir leur pyo-salpinx. Leurs douleurs abdominales fréquentes sont dues à la distension de la poche et surtout à la pelvi-péritonite par propagation. A chaque poussée nouvelle, la séreuse fait de nombreuses et solides adhérences. Or, dans le phénomène de la rupture, à côté du processus nécrotique dont nous avons parlé, il faut laisser un rôle aux tiraillements qu'exercent, sur la trompe dilatée, les adhérences péritonéales. Cliniquement donc, si les douleurs fréquentes de péri-salpingite sont un indice à peu près certain que la séreuse se défend, ce sont aussi des menaces de rupture pyo-salpingienne, menaces non toujours suivies d'effets, heureusement !

B) *Rôle de la situation du pyo-salpinx*

Puisque nous recherchons s'il existe des pyo-salpinx plus exposés à la rupture, constatons tout de suite que **LEUR SITUATION** dans la cavité pelvienne est, à ce point de vue, intéressante à considérer. Mentionnons particulièrement ceux qui viennent se placer directement sous la paroi abdominale, exposés à tous les traumatismes (OBS. XIX). En position haute, dans l'abdomen, ils sont une menace permanente pour la grande cavité qu'ils inonderont, au plus léger choc.

C) *Rôle des anesthésiques*

Enfin, le professeur Pozzi a insisté sur les graves dangers de rupture que fait courir à la femme l'examen **sous le chloroforme**. (*Soc. obst. gynéc., et pédiat.. 1903, page 87*). Cet anesthésique paralyse la défense abdominale et permet sur l'abcès une pression plus considérable.

6° La situation du pyo-salpinx et la marche ultérieure du pus

La situation du kyste tubaire purulent joue un rôle plus important encore dans la marche ultérieure du pus que laissera écouler la rupture. D'après elle,

nous pourrions pronostiquer, presqu'à coup sûr, chez une porteuse de pyo-salpinx, la complication qui suivrait une ouverture toujours possible. Prolabé au fond du Douglas, l'abcès tendra vers le rectum. Basculé en avant de l'utérus, constituant ce que Fonvieille appelle *un pyo-salpinx antérieur*, il déversera le pus dans la vessie ou dans l'espace de Retzius... L'ouverture dans la vessie résulte souvent d'une curieuse disposition ;

Il arrive qu'une masse salpingienne considérable d'un côté, poussant la vessie, accole cet organe à un pyo-salpinx de plus petit volume, situé sur la trompe du côté opposé. Ce contact, que les adhérences viennent rendre plus intime, favorise la perforation vésicale.

Pour résumer ces brèves réflexions, nous dirons :

1° le pyo-salpinx s'ouvre **par fissuration lente** avec prodromes, ou **par rupture brutale** dûe à un traumatisme.

2° le grand symptôme de la rupture est une **sensation de douleur** et de **craquement** abdominal suivie de bien être.

3° Cette rupture apparaît **à tous les stades** de l'infection génitale ; souvent d'autant plus terrible qu'elle se produit plus près du début de cette infection.

4° la rupture est favorisée **par les crises fréquentes** de péritonisme et la formation concommitente d'**adhérences**, par la **situation** de l'abcès etc...

5° la situation de la poche explique la complication qui suit la rupture.

Nous abordons ces complications, en évitant de les décrire en détail, après tant de travaux récents et complets. Nous préférons, à propos de chacune d'entre elles, souligner les points intéressants de nos observations.

CHAPITRE III

Les complications de la rupture

1. LA PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

Date d'apparition

La plus dramatique des conséquences de l'ouverture salpingienne, paraît aussi être la plus fréquente. Si la rupture est produite brutalement par une cause mécanique, les accidents éclatent bientôt, après une courte sensation de bien-être et prennent d'emblée toute leur acuité. Dans l'observation de Legueu, la douleur violente et généralisée, la fièvre et tous les phénomènes péritonéaux sont survenus, 10 minutes à peine après la rupture constatée. Mais lorsque l'abcès se fissure lentement, le tableau clinique n'est pas aussi bruyant. Presque toujours, les souffrances qui indiquent la surdistention

de la poche et la filtration du pus à travers les éraillures de sa paroi, se calment pendant quelques jours, avant que brusquement n'apparaissent les nouvelles et terribles douleurs de la péritonite. Dans 90 pour 100 des observations, on peut noter cette amélioration passagère et trompeuse qui dure quelques jours, parfois une semaine. Quelques rares faits ne décrivent pas cette accalmie, et c'est progressivement, chez quelques malades, que les symptômes ont pris leur caractère angoissant et syncopal.

Difficulté du diagnostic

La douleur brutale, généralisée, suraiguë dès sa naissance, est indiquée par tous les auteurs, comme le plus solide élément de diagnostic. Or, ce diagnostic n'est pas toujours facile, surtout lorsqu'on veut remonter à la notion étiologique.

On reconnaît bien la péritonite ; pas toujours, cependant, puisqu'on a pu la confondre avec *une tuberculose aiguë* (**Observ. XXI**). Il est vrai que les signes pulmonaires avaient, dans ce cas, attiré toute l'attention. D'autre part, Cerné a cité un fait de rupture pyo-salpingienne ou la diarrhée, phénomène très rare, avait laissé croire à *une gastro-entérite.*

Plus fréquemment, on peut prendre la péritonite pour une *hémorragie interne*, pour *une rupture de grossesse*

tubaire surtout : cependant, dans ce cas, l'hémorragie donne à la femme un facies pâle, exsangue, bien différent du masque grippé de nos malades avec leurs yeux creux et cernés, leur nez effilé etc... Le pouls est accéléré sans doute, mais l'hypothermie est la règle. Les antécédents nous apprennent que le flux menstruel s'est trouvé supprimé, qu'il y a eu des signes de grossesse, phénomène si rare au cours d'une salpingite bilatérale.

Il est habituel d'errer sur **la cause** de la péritonite : si la douleur a son maximum dans la fosse iliaque droite, le spectre de l'*appendicite perforante* hante l'esprit du médecin ; seuls, les antécédents et le toucher rectifieront le diagnostic.

On a pu penser quelquefois a *une perforation de la vésicule biliaire* : il faut rechercher alors, si l'on a affaire à une lithiasique au passé hépatique, si la douleur initiale avait un siège élevé ; d'ailleurs l'ictère et la marche de la température ne laissent souvent pas de place au doute.

La perforation intestinale peut prêter à confusion : mais, ou bien la femme a présenté depuis quelque temps des *troubles tuberculeux de l'intestin*, ou bien l'examen de la rate, les troubles digestifs, la marche de la température nous mettront sur la piste d'un **typhus ambulatorius**.

Si la rupture pyo-salpingienne survient après un accouchement, elle peut imiter la marche d'*une péritonite d'origine puerpérale*. Nous penserons à une ouverture salpingienne, si notre malade a présenté des douleurs

pelviennes et des pertes blanches avant ou pendant la grossesse ; si la souffrance est brusque et a son maximum d'emblée, en même temps que surgissent les phénomènes de péritonite. Cet accident, provoqué par les manœuvres obstétricales, apparait au moment même de l'accouchement, ou peu après, plus précocement donc que la péritonite puerpérale. Il ne donne pas d'ailleurs les lochies purulentes, s'écoulant du vagin, ni tous les signes prémonitoires de l'infection utérine.

Symptômes principaux

On voit donc combien peu le diagnostic peut s'établir sur les symptômes physiques. Lorsqu'on nous amène une femme abattue par la souffrance, **le toucher vaginal** est trop douloureux pour laisser rechercher quelque masse fluctuante ou dure dans les culs-de-sac. Souvent d'ailleurs, on n'y découvrirait qu'une chaleur et une induration anormale.

La paroi abdominale, contracturée ou ballonnée, se défend, quand on la palpe. Les seuls signes dont il faudra fréquemment savoir se contenter, sont donc tous subjectifs.

Insistons sur *la douleur* brusque et syncopale qui termine une sournoise accalmie des phénomènes antérieurs et récents de péri-salpingite ; sur son **siège initial**, dans le bas-ventre, hypogastre ou fosses iliaques ; sur la **gravité précoce** des phénomènes généraux,

hyperthermie rapide et vomissements porracés ou bilieux ; sur la **rétraction** bientôt généralisée de la paroi abdominale. Avant tout, il faut bien établir **les antécédents génitaux**, nous voulons parler de ces crises annexielles et de cette leucorrhée caractéristique qui ont suivi une blennorrhagie ou une fausse couche.

Pronostic

Toujours inquiétante, cette complication devient désespérée, si **le pouls**, rapide dès le début, faiblit et présente de l'arythmie. Ce qui doit éclairer notre pronostic en effet, c'est beaucoup plus le pouls que la température, puisqu'on a vu celle-ci, dans des cas mortels, rester voisine de la normale, ou même tomber vers l'hypothermie. Surveillons aussi les **phénomènes péritonéaux**, douleur, rétraction, contracture ou ballonnement ; s'ils ont **tendance à se limiter**, cela prouve que la séreuse de la grande cavité se défend et que des abcès localisés ou une péritonite enkystée vont offrir au chirurgien de meilleures conditions opératoires.

II. — LA PELVI-PÉRITONITE

Symptômes

Elle s'annonce par la même soudaineté, la même violence des phénomènes généraux. La douleur abdominale, l'hyperthermie au dessus de 39°, le facies grippé assombrissent le pronostic et font croire un instant à la terrible complication que nous décrivions plus haut. Peut-être cependant, les vomissements sont moins habituels : il existe plutot un état nauséeux. Mais lorsque le processus inflammatoire s'est localisé à la cavité pelvienne, les troubles généraux offrent une rémission et c'est alors aussi que les signes physiques permettent un diagnostic facile : la palpation abdominale reste toujours pénible, à cause du ballonnement et de la douleur. On peut noter, toutefois que le **bas-ventre** est plus tendu, plus rigide, plus mat. Le **toucher vaginal** laisse la place à plus de précision : le vagin est douloureux, chaud. Derrière l'utérus, immobile et collé à la symphise, on sent une tuméfaction arrondie, ou en forme de fer à cheval, séparée du col par un sillon ; parfois molle et pâteuse, plus fréquemment ferme et élastique, elle donne rarement une franche fluctuation.

Evolution

Si le bistouri n'intervient pas, cette tumeur peut **se résorber**, et la malade ne souffrira plus que de crises

espacées, provoquées par les adhérences et autres reliquats inflammatoires. Le plus souvent, au bout de quelques jours d'amélioration, la température remonte vers 38°, des douleurs sourdes et lancinantes se font sentir au fond du vagin, l'état général redevient misérable : la malade maigrit, a de petits frissons, une fièvre rémittente avec exacerbation vespérale. Le cul-de-sac postérieur bombe de plus en plus ; et, 8 à 15 jours après le début des accidents, l'abcès du Douglas **s'ouvre** dans *le vagin*, dans l'*utérus* dont il ulcère la paroi postérieure du col (XXXV), *dans le rectum.*

Le professeur Delbet a décrit une curieuse complication de l'abcès du Douglas : la pression de la tumeur sur le rectum et les coudures intestinales, provoquées par le tiraillement des adhérences, ont donné lieu, au cours de pelvi-péritonite en pleine évolution, à des symptômes d'*obstruction intestinale* et d'*étranglement interne.*

Ouverture dans le tissu cellulaire

Le pus, respectant parfois la cavité péritonéale, peut fuser **dans le tissu cellulaire des ligaments larges** : une douleur profonde dans la fosse iliaque avec irradiations vers les membres inférieurs qui se mettent en flexion, les signes ordinaires de la suppuration, indiquent la formation d'un abcès que l'on palpe par le toucher rectal ou par le cul-de-sac latéral du vagin. Toutes les voies sont ouvertes au pus qui cherchera

une issue vers les viscères environnants ou vers la paroi : la formation d'un plastron induré, puis l'œdème de la peau qui rougit et s'ulcère précèderont la sortie de ce pus, soit au flanc, soit à la cuisse après avoir traversé le canal inguinal. Monsieur Delbet parle d'un fait où le pus se fit jour dans l'urètre. Nous citons une observation où l'abcès salpingien s'est déversé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal antérieur, pour venir, par un long trajet fistuleux, trouver une issue à l'ombilic. Il est plus fréquent encore de voir le pus de la trompe s'écouler dans l'espace de Retzius et perforer la paroi qui le recouvre immédiatement, ou la vessie qui se trouvre derrière lui.

III. OUVERTURE DANS LA VESSIE

Symptômes

Point n'est besoin de canal intermédiaire entre le pyo-salpinx et la perforation vésicale. Maintenu par des adhérences au contact de la vessie, l'abcès tubaire peut déverser directement son contenu dans sa cavité. Et ici encore, le diagnostic n'est pas toujours facile : dans une observation de Muller et Petitjean, on a d'abord pris cette complication pour des *coliques néphrétiques*, sans doute à cause des douleurs lombaires dont se plaignait

la malade. La plupart du temps, en effet, cet accident est imprévu ; on a bien noté quelquefois des sortes de prodromes : douleurs pré-vésicales, ténesme, petite hématurie.

Mais presque toujours, l'apparition du pus dans l'urine, suivie d'une grande défervescence des douleurs annexielles, est le seul symptôme de la rupture. Seuls les antécédents gynécologiques permettent le diagnostic ; la cystoscopie, elle-même, n'est pas toujours capable de prouver la perforation vésicale.

Evolution

On pourrait croire que des phénomènes de cystite seraient la conséquence du déversement du pus sur la muqueuse vésicale. Au contraire, il est curieux de voir combien cet organe supporte longtemps ce contact septique, pas de pollakiurie, ni de douleurs à la miction. Si le chirurgien n'intervient pas, il peut arriver même que la fistule se ferme spontanément ; je ne dis pas que la guérison soit survenue : non, les douleurs pelviennes réapparaissent, jusqu'au jour où elles seront encore calmées par une nouvelle débacle purulente. Aussi ne craignons nous pas de dire, avec le professeur Delbet, que l'ouverture d'un pyo-salpinx dans la vessie est loin d'être un heureux accident. Evidemment, si on la compare à la rupture dans la grande cavité, c'est encore une terminaison favorable. La malade aura de lon-

gues rémissions ; elle pourra peut-être supporter sa fistule pendant 10 ans : un jour, d'abondantes hématuries, une infection péritonéale, une septicémie due à la résorption du pus hâteront le dénouement fatal ; ou bien encore, et ce sont les cas fréquents, les microorganismes, remontant l'uretère, amèneront tous les graves phénomènes de l'infection rénale.

IV. — OUVERTURE DANS LE RECTUM

Ce que nous avons écrit pour la vessie, nous pourrions le répéter, à propos du rectum. Imprévue, elle aussi, l'ouverture du pyo-salpinx dans le gros intestin ne se traduit souvent que par l'apparition brusque du pus dans les matières fécales. De tous les prodromes décrits, constipation opiniâtre due sans doute à la compression, sensation de ténesme et diarrhée séreuse, tous signes d'inflammation de la muqueuse rectale par contiguité, seules les souffrances ressenties vers le fonds du Douglas offrent quelque constance. Mais lorsque le pus se montre dans les selles, il y a une subite détente des douleurs pelviennes et des phénomènes généraux. Le cortège symtomatique réapparaît d'ailleurs, à mesure que la fistule rectale se tarit.

Rare encore est la guérison spontanée. Abandonnée à

elle-même, la malade en proie à des frissons nombreux, maigrit, perd tout appétit, accuse de la fièvre chaque soir, des sueurs nocturnes et de la diarrhée, et meurt avec tous les symptômes de la cachexie et de l'hecticité.

C'est que, en effet, les pertes de substance de la muqueuse amènent la résorption du pus et des matières fécales. Tous les accidents toxémiques, depuis la phlébite des membres jusqu'à la formation d'abcès à distance, menacent la malade, D'autre part, l'interminable suppuration des masses annexielles provoque ses effets habituels, c'est-à-dire la dégénérescence amyloïde des viscères. Tel est le cas surtout des salpingites tuberculeuses. Gandy (1) cite un fait d'érosion duodénale et de stéatose hépatique au cours d'un pyo-salpinx bacillaire ouvert.

(1) Soc. anat. 1903.

CONCLUSIONS

Rareté de la rupture

En terminant ces brèves réflexions, nous constaterons que la rupture des pyo-salpinx est un accident aujourd'hui rare. Dans un travail paru en 1910, Goth a examiné 700 cas de tumeurs annexielles inflammatoires, observées pendant 16 ans à la clinique de V. Szabo, à Kolosvar (Hongrie). 5 fois seulement il a noté la perforation spontanée des collections tubaires, ce qui donne une proportion de 7,1 pour 100.

Les progrès de l'investigation gynécologique, la perfection des procédés opératoires, ont permis en effet, de diagnostiquer précocement, et d'opérer avec sûreté le pyo-salpinx.

Quelques mots de thérapeutique

Où que se fasse l'ouverture, nous ne croyons pas

qu'une toilette péritonéale, une colpotomie, un long lavage vésical, une abondante irrigation rectale soient une thérapeutique suffisante. La source du mal est aux annexes : donc la castration unie ou bilatérale, au moins l'extirpation de la trompe, est toujours nécessaire. Elle est suffisante, si l'obligation d'un large drainage ne conduit pas le chirurgien à une hysterectomie totale ou subtotale.

Les lésions rectales ou vésicales, très souvent invisibles, seront respectées. Trop importante, la perforation, dont on avivera les bords, sera suturée plan par plan.

Telle est l'intervention idéale qui, pratiquée précocement, a pu conserver l'existence et rendre la santé, dans des cas où les plus optimistes avaient perdu tout espoir.

Vu : Le Président de Thèse :

POZZI.

Vu : Le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Burty. — Paris chirurgical 1909.

Lamouroux. — Archives générales de Chirurgie. Paris 1910.

Pervin. — Lyon Médical 1910.

Bonney. — Surg., gynéc. and obst. Chicago 1909.

Fenwick. — Lancet London 1897. II.

Dauriac. — Bulletin et mémoires de la Société Anat. Paris 1891.

Ozenne. — Revue d'Hbst. et gynéc. Paris 1891.

Reverdin. — Revue méd. de Suisse rom. Genève 1890.

Rochet. — Journal d'accouchement. Liège 1892.

Spehl. — Clinique Bruxelles 1893.

Cullingworth. — Lancet London 1894.

Brin. — Arch. médic. Angers 1900.

Violet et Charlier. — Revue de gynéc., et chirurg. abdle 1909.

Proust et Mascarenhas. — Bulletins et mémoire So-

ciet. Anat. Paris 1909.

Fauverghe. — Thèse de Lille 1902.

Legueu. — Société. obst. et gynéc. et pediat, Paris 1903.

Gandy. — Bulletin et mémoires. Société. Anatom., Paris 1903.

Lejars. — Société. obst. et gynéc. Paris 1905.

Latronche. et Charrier. — Journal de Méd. Bordeaux 1905.

Violet. — Lyon, médical 1908.

Muller et Petitjean. — Gazet. des hôpit. 1908.

G. Gras. — Thèse de Paris 1905.

Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme.

Cotte et Charlier. — Rev. de gyn. et chir. abd. 1907.

Grapin. — Thèse de Paris 1910.

Chavannaz. — Rev. mens. gynéc. Obst. et pédiat. Paris 1910.

Viannay. — Loire médicale 1910.

Witremberg. — Inaug. Diss. Tubengen 1893.

Oleson. — Chicago médic. Recorder 1894.

Theilhaber. — Munch médic. Woch 1905.

Delanoe. — Thèse de Paris 1907.

Pichevin. — Semaine gynéc. 1907.

Volle. — Thèse de Lyon 1908.

Gonsolin. — Thèse de Lyon 1908-09.

Bazy. — Rev. gynéc. et Chirurg. abdominale 1900.